

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 9

Contribution à l'Étude de l'Appendicite au cours de la Fièvre typhoïde

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1942

PAR

Sura KAMINER

Née le 15 décembre 1910 à Grodzisk (Pologne)

Ex-Interne de l'Hôpital Lenval de Nice
et de l'Hôpital Régional de la Seyne

Pour obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

MEMBRES DU JURY

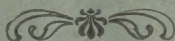
MM. BOUDET, professeur, *Président.*

EUZIÈRE, professeur.

ROUX, agrégé.

BERT, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE », COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue Georges-Clemenceau, 14

Téléphone 28-78

1942

**Contribution à l'Étude de l'Appendicite
au cours de la Fièvre typhoïde**

Contribution à l'Étude de l'Appendicite au cours de la Fièvre typhoïde

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1942

PAR

Sura KAMINER

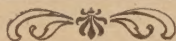
Née le 15 décembre 1910 à Grodzisk (Pologne)

Ex-Interne de l'Hôpital Lenval de Nice
et de l'Hôpital Régional de la Seyne

Pour obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

MEMBRES DU JURY	{	MM. BOUDET, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		EUZIÈRE, professeur.		
		ROUX, agrégé.		
		BERT, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE », COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue Georges-Clemenceau, 14
Téléphone 28-78

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Chaires :

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique obstétricale	MASSABUAU, <i>ass^r</i> .
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE.
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge	P. DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie	EUZIERE, <i>doyen h^r</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	LAPEYRE.
	DEJEAN.
	TERRACOL.

Charges de cours

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELT.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.		
Chimie	MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tuber- culose	VIDAL, <i>professeur</i> .
Microbiologie	CARRERE, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirurg.	MOURGUE-
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agrégé</i> .		MOLINES, <i>agr.</i>
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i> .	— —	TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie médicale	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim..	GUIBAL, <i>agrégé</i> .
— —	BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opératoire	ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd.	P. RIMBAUD, <i>agrégé</i>	Accouchements	CADERAS
Clinique interne....	PUECH, <i>professeur</i>		DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clinique des malad. contagieuses	JANBON, <i>professeur</i>	Stomatologie	N...

Agrégés en exercice

	MM.		MM.
Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	—	ROUX.
Chimie.....	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie	CARRERE.	Accouchements	CADERAS
Histoire nat. méd.	HARANT.		DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse :

MM. BOUDET, <i>professeur, président</i> .	MM. ROUX, <i>agrégé</i> .
EUZIERE, <i>professeur</i> .	BERT, <i>agrégé</i> .



A LA MEMOIRE DE MA SŒUR JOSETTE

Chirurgien-dentiste

*Toi, qui suivais tes études,
main dans la main avec les
miennes, tu aurais été heureuse
de pouvoir assister à ma sou-
tenance de thèse.*

Eternels regrets.

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR BROUCHA

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Chaires :

Professeurs

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique médicale et toxicologie
 Physique médicale
 Anatomie pathologique et médecine expérimentale
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique ...

MM. J. DELMAS.
 TURCHINI.
 HEDON.
 CRISTOL.
 PECH.
 BAUMEL.
 LISBONNE.
 PAGES.
 JANBON.
 PUECH.
 CARRIEU.
 VIDAL.
 BOULET.
 L. RIMBAUD.
 GIRAUD, *doyen*.
 MASSABUAU, *ass^r*
 RICHE.
 P. DELMAS.
 EUZIERE, *doyen h^r*
 BOUDET.
 MARGAROT.
 ETIENNE.
 JEANBRAU.
 LAPEYRE.
 DEJEAN.
 TERRACOL.

Clinique médicale }

Clinique chirurgicale }

Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1^{er} âge
 Clinique de dermato-syphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale ...

Charges de cours

Anatomie
 Histologie
 Radiologie
 Propédeutique chirurgicale

LAUX.
 GRANEL.
 LAMARQUE.
 AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
 GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.
 Chimie MONNIER, *agrégé*.
 Microbiologie CARRERE, *agrégé*.
 Histoire nat. médic. HARANT, *agrégé*.
 Pharmacologie HARANT, *agrégé*.
 Pathologie médicale BOUCOMONT, *agr.*
 — BERT, *agrégé*.
 Propédeutique méd. P. RIMBAUD, *agrégé*
 Clinique interne... PUECH, *professeur*
 Clinique des malad. contagieuses JANBON, *professeur*

MM.
 Clinique de la tuber- culose VIDAL, *professeur*.
 Pathologie chirurg. MOURGUE-
 — — — — — MOLINES, *agr.*
 — — — — — TRUC, *agrégé*.
 Chirurgie expérim.. GUIBAL, *agrégé*.
 Médecine opératoire ROUX, *agrégé*.
 Accouchements CADERAS
 — — — — — DE KERLEAU, *agr.*
 Stomatologie N...

Agrégés en exercice

MM.
 Médecine P. RIMBAUD.
 — BOUCOMONT.
 — BERT.
 — LAFON, *ch. d'agr.*
 Chimie MONNIER.
 Bactériologie CARRERE.
 Histoire nat. méd... HARANT.

MM.
 Chirurgie MOURGUE-
 — — — — — MOLINES.
 — — — — — GUIBAL.
 — — — — — ROUX.
 Urologie TRUC.
 Accouchements CADERAS
 — — — — — DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse :

MM. BOUDET, *professeur, président*.
 EUZIERE, *professeur*.

MM. ROUX, *agrégé*.
 BERT, *agrégé*.



A LA MEMOIRE DE MA SŒUR JOSETTE

Chirurgien-dentiste

*Toi, qui suivais tes études,
main dans la main avec les
miennes, tu aurais été heureuse
de pouvoir assister à ma sou-
tenance de thèse.*

Eternels regrets.

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR BROUCHA

A MA MERE ET A MON PERE

Témoignage de mon affection filiale.

A MES SŒURS, A MON FRERE
A MES BEAUX-FRERES
A MA NIECE ET A MON NEVEU

A MES AMIS

S. K.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUDET

*Professeur de Clinique de maladies des enfants
et d'hygiène du premier âge*

Témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait de présider cette thèse.

Il a inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR EUZIERE

Ancien Doyen

*Professeur de Clinique des maladies mentales
et nerveuses*

Nous ne pourrons jamais le remercier suffisamment pour le bien qu'il n'a cessé de nous faire au cours de nos années d'études

Faible témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

*qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter de faire
partie de notre Jury.*

*Qu'il trouve ici l'expression
respectueuse de nos remer-
ciements.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BERT

*Nous lui exprimons nos sin-
cères remerciements d'avoir
accepté de faire partie de notre
Jury de thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHACHTER

*Témoignage de reconnais-
sance pour ses conseils.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL LENVAL DE NICE

A MESSIEURS LES DOCTEURS :
LENOEL, PAPIN, COSTE, GUIBERTEAU, DIDRY,
VISQUIS, DAVIOT, PASCHETTA, BONNET
PELLEGRIN, FRETTE, ROUX, FITTE, DUCLOS
DELOGE, LUCHETTI

*J'ai gardé de leur enseigne-
ment le meilleur souvenir.*

A LA MEMOIRE DU DOCTEUR BUFFON

Médecin de l'Hôpital Lenval

Tombé au Champ d'honneur, en 1940

A MONSIEUR LE DOCTEUR COSTE

Chirurgien de l'Hôpital Lenval

qui a bien voulu nous accueillir dans son service, nous prodiguer en toutes circonstances ses conseils éclairés et son enseignement fécond.

Notre vive reconnaissance.

A MES MAÎTRES

DE L'HOPITAL REGIONAL DE LA SEYNE

A MESSIEURS LES DOCTEURS
MAZEN, JAUBERT, BARBAROUX

Témoignage de reconnaissance.

S. K.

AVANT-PROPOS

Au seuil de la soutenance de notre thèse, nous songeons au moment où nous avons commencé, avec grand enthousiasme, nos études de médecine.

Nous avons suivi l'enseignement de nos maîtres avec la foi et la confiance des jeunes.

La guerre, avec son cortège d'horreurs, est arrivée...

C'est avec douleur que nous pensons au vide que la mort a créé; aux prisonniers séparés de leurs familles; à ma famille, dont je suis depuis si longtemps séparée et dont j'ignore le sort.

Nous voulons témoigner ici nos sentiments de respectueuse reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, à ceux de l'Hôpital Lénal de Nice, et ceux de l'Hôpital Régional de la Seyne.

Contribution à l'Étude de l'Appendicite au cours de la Fièvre typhoïde

INTRODUCTION

L'étude de l'appendicite au cours de la fièvre typhoïde a suscité de nombreux travaux.

Les manifestations appendiculaires peuvent s'observer soit au début de la fièvre typhoïde, simulant une simple appendicite, avant que les signes de la typhoïde soient assez nets pour permettre de diagnostiquer la dothiéntérie; soit en pleine évolution de la typhoïde, associée ou non à une perforation intestinale; enfin, au cours de la convalescence, alors que la température est redevenue normale et que le malade semble hors de danger. Elle peut, enfin, être une conséquence tardive de la fièvre typhoïde.

Dans notre modeste travail inaugural, nous avons essayé de mettre au point l'étude clinique des appendicites au cours des différents stades de la fièvre typhoïde.

Le plan de notre travail est le suivant :

- I. — Historique.
- II. — Considérations anatomo-pathologiques et pathogéniques.
- III. — Étude clinique.

IV. — Etiologie

V. — Diagnostic.

VI. — Pronostic.

VII. — Traitement.

VIII. — Conclusions.

C'est en raison de l'intérêt clinique que présente le problème des appendicites au cours de la typhoïde que notre Maître, M. le Professeur Boudet, nous a fait l'honneur de nous demander, à l'appui de quelques faits cliniques qui lui sont personnels, de tracer un tableau synthétique de ce thème essentiellement pratique. Nous lui exprimons ici nos vifs remerciements pour le sujet qu'il nous a inspiré et pour avoir accepté la présidence de notre modeste thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les relations de l'appendicite avec la fièvre typhoïde sont connues depuis fort longtemps. Il semble que la première description d'une ulcération typhique de l'appendice soit due à Cramer (1835).

Plus tard, Malespine (1841) avait trouvé, au cours d'autopsies de typhiques, des lésions appendiculaires graves. Carlo Vecchi (1845, Milan) signale, lui aussi, une perforation de l'appendice à l'autopsie d'un typhique.

En 1853, Charcellay, de Tours, communique, à Grisolle, un cas semblable à celui de Vecchi; ensuite, Buhl (Munich), trouve trois appendices perforés sur cinq autopsies de typhiques. Heschl (Vienne), sur 1.271 autopsies d'individus morts de fièvre typhoïde, avait trouvé 56 perforations intestinales; dans 8 cas, l'appendice était perforé. Bamberger (1855) et Wunderlich (1856) apportèrent leur contribution à cette question.

En 1857, Sands rapporta, devant la Société de Pathologie de New-York, un cas d'appendicite gangréneuse perforée à la pointe; il y avait en même temps une infiltration des follicules lymphoïdes et des plaques de Peyer de l'intestin grêle, comme cela se voit dans la typhoïde. En raison de l'importance des lésions appendiculaires, Sands estima que la localisation primitive de la maladie était dans l'appendice.

Harris, par contre, constate que c'est le grêle qui subit, le premier, l'atteinte typhique. C'est, par ailleurs, à cette

même époque (la 2^e moitié du xix^e siècle) que l'appendicite fait figure d'entité morbide bien déterminée.

Georges Lewis (1858) en fit une étude approfondie, tandis qu'en France, Laudet, bouleversant les conceptions courantes, écrivait, en 1859: « La perforation de l'appendice est, de toutes les solutions d'une partie isolée de l'intestin, celle qu'on observe le plus fréquemment ». Dès ce moment, les chirurgiens cherchaient à préciser l'étiologie d'une affection qu'on avait si longtemps négligé au profit de la pérityphlite et du phlegmon iliaque.

En 1859, Leudet fait le bilan de son expérience personnelle, comportant également plusieurs observations d'ulcérations appendiculaires typhiques.

Rokitansky, dans l'édition de 1861, de son fameux *Traité de Pathologie*, attire l'attention sur les perforations de l'appendice, souvent observées dans les épidémies de fièvre typhoïde.

En 1861, Stromeier cite le cas d'un aubergiste, mort d'une perforation appendiculaire au cours d'un typhus ambulatoire.

Nous passerons un peu plus rapidement sur cette étude historique que d'autres ont fait avant nous et que l'on trouvera très complètement dans les thèses classiques de Bayet (1901) et de François (1904).

Il serait fastidieux d'énumérer ici tous les travaux qui ont été publiés par la suite. Il convient, cependant, de citer les noms de: Morin (1869), Millard (1878), Goldhammer (1877), Walder (1878), Gouronnec (1881), Hutinel (1883), ce dernier publiant dans sa thèse d'agrégation une excellente étude d'ensemble de la question.

Les *Cliniques Médicales* de Gueneau de Mussy (1884), apportèrent plusieurs faits nouveaux.

En 1887, Bouteau opéra pour la première fois une appendicite typhique à la dernière extrémité, et constata

une perforation appendiculaire ayant provoqué une péritonite mortelle.

Après 1890, la question fait encore un pas en avant grâce à Langheld, Fitz, Hoeschler Jacob, Hawkins. Des observations suggestives sont, en outre, relevées par Alexandroff (1893), Zuber, Letulle (1894), Carter (1895).

Lannois et Lyonnet communiquent, en 1895, le premier cas de pyléphlébite provoquée de façon évidente par une appendicite typhique.

En 1896, Dieulafoy distingue, à côté des lésions appendiculaires d'origine nettement typhoïdique, les appendicites « paratyphoïdes de la convalescence ». Appellation qui peut donner lieu à des erreurs d'interprétation.

Après les publications de Steel et de Westby (1897), Deaver (Philadelphia, 1900) publie un succès opératoire au cours d'une typhoïde; il avait mené à bien une appendicectomie pratiquée dès les premiers symptômes inquiétants. Au cours de la discussion du rapport de Deaver, Solis-Cohen fit remarquer que tous les cliniciens connaissent bien la fréquence de l'appendicite en tant que complication de la fièvre typhoïde.

Stengel (du German Hospital, Philadelphia, 1899) trouve au cours d'autopsies de typhiques, des ulcérations éberthiennes de l'appendice.

Olga Hoppenhausen (Saint-Pétersbourg, 1899) a fait une étude importante, basée sur de nombreuses constatations nécropsiques. Elle les a ensuite complétées, sous la direction de Stilling (à Lausanne), servant ainsi de point de départ à bien des publications, parmi lesquelles nous citerons celles de Maurange, Coulomb, Moizard, Bayet, Rendu, François, Lejars, Molreaux.

Dans les pays de langue anglaise, il faut citer les travaux de Hare (1900), de Aldrich (1901), Jopson, Stokes et Amik (qui apportèrent, en 1905, la preuve de la présence

du bacille d'Eberth dans l'appendice), Neel (1907), Mac Halé (1908), Elmer, Mac Adory (1910).

En Allemagne, mentionnons les noms de Muhsam (1901), Riedel (1902), Melchior, Wolfsohn, Scholtz (1915).

Dans d'autres pays, nous citons les noms de: Perronne (1905), Nowicky (1908), Rostowtzeff (1909).

Au cours de ces vingt dernières années, certains auteurs ont émis des hypothèses pathogéniques (Thèse de Vidal, 1932), des conceptions variées quant à la classification des manifestations appendiculaires typhiques et à leur traitement.

Citons, pour terminer, les publications plus récentes de Duboucher (1924), de Lefèvre (1928), de Mencarelli (1929), de P. Moiroud (1931), de H. Mondor (1932), de Melocchi (1933), de Nicolas (1934), de Arnoudoff (1935), de Chosson (1938), de Massabuan et Guibal (1937), de Solcard et Badelon (1939), de J. Dor (1939).

CHAPITRE II

CONSIDERATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET PATHOGENIQUES

L'appendice, organe essentiellement lymphoïde, est justement appelé : « amygdale abdominale ». Au cours de la fièvre typhoïde, le processus infectieux évoluant au niveau des formations lymphoïdiques du grêle et du gros intestin, peut s'étendre jusqu'à l'appendice et provoquer au niveau des follicules clos, des lésions analogues aux folliculites aiguës.

L'étude anatomo-pathologique des appendices enlevés, soit au cours d'une opération, soit au cours d'une autopsie, est particulièrement riche en renseignements quant aux rapports existant entre la dothiéntérie et l'appendicite.

Dans sa célèbre communication de 1896, à l'Académie de Médecine de Paris, le Professeur Dieulafoy établit l'existence de deux ordres de lésions appendiculaires au cours de la typhoïde :

1° Au cours de la maladie, on peut trouver toutes les modalités de lésions spécifiques de la dothiéntérie ;

2° Pendant la convalescence, les lésions sont dues à des appendicites banales, « paratyphoïdes », provenant d'infections secondaires, que favorise probablement l'état de moindre résistance du tissu lymphoïde.

Les lésions du premier ordre présentent les trois stades suivants : infiltration, ulcération et perforation.

Au premier stade, l'appendice a l'aspect d'un boudin gonflé, turgescant, rouge violacé. La paroi est épaisse, la

muqueuse mamelonnée, offrant, de place en place, un léger piqueté hémorragique. La cavité appendiculaire contient, en général, du mucus, parfois des matières fécales ou du pus. Rendu a trouvé, dans un cas, un caillot sanguin.

Au deuxième stade, on trouve des ulcérations de siège variable: elles prédominaient, en général, au voisinage de l'orifice.

Elles sont mamelonnées, couvertes de petits amas sanguinolents. D'abord superficielles, elles peuvent s'étendre en profondeur, intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse, puis atteindre la musculuse, jusqu'au péritoine.

Au troisième stade, quand l'ulcération a ainsi progressé vers le péritoine, la perforation se produit. Très petite, en général, ne dépassant pas parfois les dimensions d'une tête d'épingle, elle siège tout au fond de l'ulcération. Assez souvent elle est taillée à l'emporte-pièce. Elle est tout à fait semblable à celle qui se produit dans l'intestin, au niveau des plaques de Peyer.

L'examen histologique montre, dans les deux premiers stades, une sous-séreuse et une musculuse congestionnées. Du côté de la muqueuse, il y a une infiltration leucocytaire considérable.

Les follicules sont hypertrophiés, formant une couche à peu près continue; ils sont bourrés de lymphocytes. L'aspect du protoplasma cellulaire est semblable à celui d'une nécrose légère; beaucoup de cellules ont un protoplasma granuleux et sont en voie de dégénérescence.

L'épithélium est desquamé (l'arrière). Les cellules sont tuméfiées, le protoplasma granuleux, les noyaux se colorent mal.

Au deuxième stade, on voit se former de petits abcès folliculaires qui s'ouvrent (?) dans la cavité de l'appendice et détruisent un ou plusieurs follicules.

La perforation se produit par thrombose vasculaire et destruction des couches sous-jacentes.

En ce qui concerne le mécanisme de ces atteintes appendiculaires, les travaux suivants nous paraissent particulièrement suggestifs :

Mlle Hoppenhausen, se basant sur l'examen des comptes rendus d'autopsies de deux hôpitaux de Saint-Petersbourg, entre 1889 et 1897, estime que l'appendice est presque toujours lésé dans la dothiéntérie, mais qu'il s'agit de lésions inflammatoires banales, en général peu prononcées. Les lésions spécifiques seraient rares.

D'après Nowicky (1908), l'appendice serait lésé dans 80 % des cas de fièvre typhoïde. La musculuse et la séreuse seraient rarement touchées. Les modifications ne se produiraient pas en même temps que celles de l'intestin, mais représenteraient des stades plus récents.

On peut se demander si on peut trouver, au cours de la fièvre typhoïde, des véritables appendicites d'origine non typhique, comme on en trouve au cours de la convalescence. La question est controversée, mais il semble cependant que le fait existe, car on peut trouver, au cours de la dothiéntérie, des péritonites enkystées péricœles.

Lorsqu'on ouvre ces abcès, on trouve des lésions analogues à celles de l'appendicite banale aiguë : appendice gangréné, détruit en partie ou en totalité. Il est d'ailleurs certain que l'on peut observer, au cours de la typhoïde, des crises appendiculaires qui ne sont que des rechutes d'une appendicite ancienne, non typhique.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

L'appendicite peut se présenter, au cours de la fièvre typhoïde, soit sous forme fruste, de simple colique, soit sous une forme aiguë, ayant tous les signes classiques d'appendicite.

Les manifestations appendiculaires se rencontrent, soit tout à fait au début de la fièvre typhoïde, avant que le laboratoire ait confirmé ce diagnostic, soit en pleine évolution de la maladie; alors l'appendicite se confond, le plus souvent, avec la perforation intestinale. Enfin, le drame appendiculaire éclate soudainement à la période de convalescence, lorsque le malade paraît guéri. A la période tardive, l'appendicite présente un tableau clinique analogue à celui de toutes les appendicites banales. Le diagnostic exact est post-opératoire.

Au cours de notre travail, nous analyserons successivement les signes cliniques de l'appendicite au cours de ces trois stades de la fièvre typhoïde.

Nous illustrerons successivement chacune des formes cliniques ci-dessus mentionnées, à l'aide d'observations qui appartiennent soit à notre Maître, M. le Professeur Boudet, soit à la littérature médicale consultée par nous.

Nous discuterons ensuite le diagnostic et le traitement, et essayerons d'en dégager les enseignements pratiques.

I. — APPENDICITE AU DÉBUT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

La malade présente tous les signes d'appendicite, soit chronique, soit aiguë; élévation de la température, douleurs dans la fosse iliaque droite, localisée au point de Mac-Burney, signes du psoas, défense de la paroi, vomissements, constipation.

A l'intervention, l'appendice, le plus souvent augmenté de volume, est enflammé, un léger exsudat existe parfois dans le péritoine; mais l'appendice peut aussi montrer des lésions plus intenses, et même une perforation avec péritonite enkystée ou diffuse. Rarement, à ce stade, le chirurgien pourra constater sur le grêle la présence de plaques de Peyer pathologiques; or, souvent, cet élément important manque au diagnostic.

Une fois l'appendice enlevé, les suites opératoires sont différentes de celles de l'appendicite banale.

En effet, deux éventualités se présentent :

a) Soit que la température redevient normale au bout de 24-48 heures et remonte progressivement ensuite;

b) Soit qu'elle persiste après l'ablation de l'appendice.

Dans *la première alternative* on assiste à l'évolution de la dothiéntérie à début lent, progressif (observation II). La malade éprouve une sensation de fatigue, de lassitude, aussi bien musculaire que cérébrale, accompagnée de lourdeur de tête, de vertiges, d'éblouissements. La bouche est pâteuse, les nausées persistent, la langue se recouvre d'un enduit saburral et garde sur ses bords l'empreinte des dents.

Cet ensemble de troubles nerveux et digestifs s'associe dès les premiers jours et augmente peu à peu d'intensité et se compliquent.

La céphalée est ordinairement frontale, parfois diffuse; on note une sorte d'hyperesthésie du cuir chevelu, des tintements et des bourdonnements d'oreilles; des douleurs musculaires tenaces, localisées à la nuque, au rachis, le long des membres inférieurs, enfin des douleurs articulaires. Les nuits sont mauvaises, agitées, l'insomnie est fréquente. L'anorexie devient vite absolue; la diarrhée ou la constipation font leur apparition. A ces symptômes de début s'ajoutent quelques troubles fonctionnels de la plus haute importance. C'est d'abord l'*epistaxis* isolé ou répété; c'est, en outre, la splénomégalie. Les troubles abdominaux, un certain degré de météorisme associé à la sensibilité douloureuse de la fosse iliaque droite, sont masquée par l'intervention.

Dans les deux formes on perçoit des rales de bronchite, sibillants et ronflants, discrets ou étendus. Le tracé thermique du début de la typhoïde est très caractéristique. La température s'élève en zig-gaz, dépassant le soir de 1° à 1° 1/2 le chiffre maximum du matin, retombant le lendemain matin de 1 degré, progressant ensuite régulièrement d'un demi-degré chaque jour, avant d'atteindre 40° ou 40°5; ce chiffre peut-être atteint déjà le quatrième ou cinquième jour de la maladie; dès ce moment, on note une certaine dissociation entre la température et le pouls. Celui-ci reste relativement calme, battant aux environs de 100; il est ample, résistant, souvent dicrote.

Après ces signes de début, on s'achemine vers la période d'état où s'installe le syndrome spécial, le syndrome de la fièvre typhoïde. Les troubles nerveux et digestifs s'accroissent. La stupeur est caractéristique, le « *tuphos* » donne au visage une expression immobile.

L'anorexie persiste, les sécrétions buccales sont diminuées, les lèvres sont sèches, fendillées, saignant facilement et se recouvrant d'un enduit fuligineux, de même que les gencives et les dents. La langue est desséchée,

rugueuse, rôtie. Dans la forme moins sévère, la langue est effilée, comme pointue, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe; elle est recouverte, dans sa partie médiane, d'une couche saburrale d'un blanc jaunâtre. Parfois, mais plus rarement, c'est, au contraire, sur la partie médiane que l'enduit saburral disparaît et la langue présente un V médian, rougeâtre, entouré de deux bandes blanches (Jaccoud).

Quelquefois, la langue reste humide, saburrale.

La diarrhée jaune-ocre s'installe, les taches rosées lenticulaires apparaissent, aucune suppuration du côté de la plaie opératoire. Le laboratoire apporte maintenant ses preuves formelles: le séro-diagnostic de Vidal est positif. Une leucopénie franche succède à l'hyperleucocytose du premier examen.

Dans l'autre alternative, le début de la fièvre typhoïde est masqué par une crise d'appendicite aiguë qui traduit le plus souvent la localisation du bacille d'Eberth sur cet appendice (obs. n^{os} I, III, IV, V, VI); l'appendice enlevé, l'évolution de la typhoïde se suit sans incident. Cette forme est appelée *appendiculo-typhus*.

En résumé, des signes communs existent entre l'appendicite aiguë et la fièvre typhoïde au début.

La fièvre est élevée dans les deux affections.

La douleur abdominale, au point de Mac-Burney, dans l'appendicite, se confond avec la sensibilité de la région cæcale, dans la dothiéntérie.

Les vomissements sont fonction de la réaction péritonéale, ils peuvent manquer dans la crise appendiculaire. On les voit quelquefois au début de la fièvre typhoïde.

Trois signes ont une grande importance pour le diagnostic différentiel:

1° La diarrhée est exceptionnelle dans l'appendicite;

2° La dissociation du pouls et de la température ne s'observe que dans la fièvre typhoïde, seulement elle

n'existe pas toujours dans les premiers jours de la maladie;

3° *Les caractères physiques* de la langue typhique sont également importants, cependant ce ne sont pas des signes fidèles.

Malgré tous ces signes différentiels, la dothiéntérie du début crée souvent de grosses difficultés de diagnostic en raison des symptômes assez variables et complexes de la fièvre typhoïde.

Les observations inédites ou consultées par nous dans la littérature, vont suivre l'étude clinique de l'appendicite dans les divers stades de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION PREMIÈRE (inédite)

(due à l'obligeance de M. le Professeur Boudet)

Clinique Pasteur, Hôpital Saint-Eloi

L'enfant Gérard Cr..., âgé de 7 ans, est admis d'urgence, le 11 janvier 1940, dans le service des contagieux de l'Hôpital Saint-Eloi, pour fièvre typhoïde. Il a été opéré d'appendicite aiguë à la Clinique Mutualiste, le 6 janvier 1940.

Antécédents personnels. — Convulsions à 14 et 33 mois. Rougeole, coqueluche, varicelle.

Antécédents héréditaires. — Mère (lésion cardiaque).

Données épidémiologiques: n'a pas mangé de coquillages.

Histoire de la maladie. — Dans la nuit du 1^{er} au 2 janvier, a été examiné par le Docteur Gavaudan, de Béziers, pour température 38° et douleurs aux membres inférieurs. Le 5 janvier au soir, l'enfant a commencé à souffrir de la fosse iliaque droite. Dans la même nuit apparaissaient des vomissements et de l'épistaxis. Constipation.

Le 6 janvier, le Docteur Guibal, de Béziers, examine l'enfant et fait le diagnostic d'une crise d'appendicite aiguë. Il conseille l'opération immédiate. L'enfant est amené à la Clinique Mutualiste de Montpellier, où il est opéré à 2 h. 1/2 de l'après-midi.

Depuis, la température n'a pas cédé, elle se maintient

en plateau entre 40° et 40°4, pouls 130, tephos très marqué. L'hémoculture, pratiquée quelques jours après, se montre positive pour le bacille d'Eberth.

Le 11 janvier, l'enfant est adressé à la Clinique Pasteur.

A l'examen du 13 janvier. — Température: 39°8. Tephos très accentué, pas d'insomnie.

Appareil digestif. — Langue très sèche. Gorge rouge, on semble apercevoir quelques ulcération de Duguet. Abdomen ballonné. Rate percutable, pas palpable. Foie normal. Une tache rosée. Cicatrice d'appendicite (agrafes par encore enlevées). Constipation.

Cœur. — T. A.: 9 1/2-5.

A l'auscultation, rien à signaler.

Poumons. — Respiration soufflante sur toute la hauteur du poumon droit. Souffle expiratoire au sommet droit.

Système nerveux. — Pupilles réagissent bien. Réflexes rotuliens et achilléens présents; pas de clonus, pas de Babinski, léger Kernig.

Traitement: opothérapie, huile comphrée, enveloppements froids.

14 janvier. — Même état. Température a baissé. Glace sur le ventre.

15 janvier. — Etat de prostration intense.

Traitement: strychnine, 2 mmgr.; Dagéan, 2 gr.; oua-baine, 1/8° de mmgr.

16 janvier. — Température a baissé (37°3).

Tephos extrêmement marqué.

Deux vomissements bilieux dans la nuit.

Selles diarrhéiques, délire, insomnie, langue sèche, pâleur très marquée.

Poumons: même état.

Cœur: rythmé un peu pendulaire.

Hémoculture en bile: négative.

Hémoculture en bouillon: présence de bacille d'Eberth.

Traitement. — Sérum physiologique, 250 cc.; strychnine, 3 mmgr.

Le 19 janvier 1940: la recherche d'albuminurie est négative.

Le 20 janvier 1940: température, 40°; pouls, 130, instable. Tuphos moins intense.

La langue se nettoie, mais le visage est bouffi, mains légèrement œdématisées, foie augmenté de volume, déborde de trois travers de doigts le rebord des fausses côtes, douloureux à la pression.

Traitement: enveloppements froids du thorax.

22 janvier 1940: respiration assez soufflante au sommet droit, amélioration de l'état général.

24 janvier 1940: apyrexie depuis deux jours, l'œdème de la face a complètement disparu.

Poumons: respiration soufflante au sommet droit.

Cœur: dédoublement du deuxième bruit. T. A.: 10 1/2-6 1 2.

Traitement: ouabaïne *per os*, trois fois 6 gouttes, camphre, opothérapie.

Le 25 janvier 1940, la température a remonté à 38°8, ecchymoses au niveau de la plaie opératoire et des points d'injections.

Constipation; temps de saignement, 2 minutes 1/2; temps de coagulation: 4 minutes.

Formule sanguine:

Globules rouges	3.400.000
Globules blancs	5.200
Taux d'hémoglobine	55 %
Valeur globulaire	0,81

Formule leucocytaire:

neutro.	23 %
Poly éosino.	0 %
baso.	0 %

Grands mono.	2 %
Lymphocytes.	75 %

Traitement: on supprime l'opothérapie, on continue le camphre et la strychnine.

Le 27 janvier: apyrexie, cuti-réaction négative.

Le 30 janvier: depuis trois jours, la température monte, le soir, 38°5-39°.

Cœur: rien à signaler.

Poumons: souffles respiratoires au sommet gauche.

Constipation. Œdème des pieds et des bourses.

Radio-pulmonaire: rien à signaler.

Analyse d'urine: traces d'albumine.

Traitement: solucamphre, strychnine, 3 mmgr. Scilla-rène.

1^{er} février: l'œdème progresse, anurie, urines troubles, constipation.

Régime sans sel.

3 février: les œdèmes ont régressé.

5 février: tension artérielle: maxima, 11; minima, 5 1/2.

6 février: on remplace la solucamphre par la coramine: 25 gouttes.

11 février: apyrexie. T. A.: 9 1/2-7.

18 février: tension: 10-6.

19 février: sortie en bon état.

En résumé, il s'agit donc d'appendicite aiguë qui présente lui-même le début de la dothiéntérie; cette forme est appelée appendiculo-typhus.

OBSERVATION II

(Vignards et Gruber: *Lyon Médical*, 1907)

S... Clément, 3 ans. Avait eu, cinq mois avant l'entrée dans le service, une crise d'appendicite, dont il avait bien guéri.

Le 10 octobre, il arrive avec un état abdominal caractérisé par :

Des vomissements alimentaires et bilieux;

Une douleur vive à la palpation au point de Mac-Burney;

Un plastron très net (1) dans la région appendiculaire, remontant le long du côlon ascendant.

Glace sur le ventre, repos, mise en observation.

Opération à froid le 8 novembre: adhérences récentes; foyer d'appendicite mal éteint. Appendicectomie. Appendice adhérent, épaissi. Ablation difficile. On laisse une mèche et un drain.

Le soir de l'opération: température, 38°5, se maintient entre 37°9 et 38°2, pendant trois jours.

Le 11 au soir: la température s'élevait brusquement à 38°2, puis, le lendemain, à 40°. Vérification de la plaie opératoire: rien d'anormal, pas de pus, ventre souple, non douloureux. Rien aux poumons ni au cœur.

Le 14 au soir: température à 40°; le 15, 40°8. Aucun signe spécial; l'enfant n'était pas abattu, simplement un peu de céphalée.

Le 16, en l'absence de toute complication opératoire, on demande l'avis d'un médecin. Rien aux poumons ni au cœur: léger ballonnement du ventre, un peu de matité splénique; de la céphalée, langue saburrale. Pas d'épistaxis,

ni de taches rosées. Le toucher rectal ne révèle rien, pas d'abcès.

Le 17, évacuation en médecine. On pressent, malgré tout, une dothiéntérie.

Le 19 au matin, épistaxis, prostration légère, température aux environs de 40°. Pas de constipation. Pouls légèrement dicrote, langue saburrale, rouge sur les bords et à la pointe. Pas d'albuminurie..

Le 22 novembre: apparition des taches rosées. Typhoïde évidente. La plaie, encore ouverte, rend les bains impossibles. On donne de l'antipyrine.

Evolution de typhoïde moyenne.

Baisse régulière de la température à partir du 30 novembre.

Guérison clinique le 10 janvier.

Il s'agit donc ici d'une appendicite opérée à froid, suivie de typhoïde, à début progressif.

OBSERVATION III

*(Archives de la Société de Sciences Médicales
de Montpellier, 1936-1937*

Massabuau, Guibal, Joyeux et Drouhet)

M^{me} D... Marie, épouse S..., âgée de 22 ans, habitant Frontignan, arrive, le 17 décembre 1936, au service du Professeur Massabuau, avec un mot du médecin traitant portant le diagnostic d'appendicite aiguë au troisième jour.

Antécédents. — Apparition irrégulière, spontanée, de très courte durée, un an et demi auparavant, d'une douleur localisée à tout l'abdomen.

Constipation habituelle, maux de tête fréquents.

Histoire de la maladie. — La malade, qui s'était couchée bien portante au soir du 14 décembre, éprouve dans la nuit une très vive douleur dans la fosse iliaque droite, sans nausées ni vomissements. Elle se trouve chaude, fébrile, mais ne prend pas sa température. Le 15 décembre, tout l'abdomen est douloureux et la douleur se propage à la région lombaire droite. La malade se lève cependant, mais devant la persistance et la recrudescence de la douleur, accompagnée de vomissement, le 17 décembre, à midi, fait appeler le médecin. La température est alors prise et le thermomètre indique 39°. Pas de diarrhée; selles quotidiennes et normales.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital. — Etat général bon, fascies congestionnés, pas de prostration. A l'inspection, le ventre est normal et n'est nullement immobilisé. Pas de taches rosées sur le corps. La palpation addominale superficielle permet de noter l'absence de contracture de la paroi. La palpation profonde réveille une douleur très vive au point de Mac-Burney, provoquant aussitôt de la défense musculaire. Cette douleur et cette défense sont également très nettes dans la fosse lombaire droite.

Au toucher vaginal, les culs-de-sac de Douglas et vaginal droit sont douloureux.

Ce tableau clinique nous prouvait bien en faveur d'une appendicite aiguë, peut-être rétro-cæcale, et l'intervention est aussitôt décidée.

Intervention le 17 décembre 1936, à 19 heures. Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie latérale droite sous-ombilicale. Extériorisation facile du cæcum qui est recouvert par un voile d'adhérences récentes, dont l'orifice est nettement situé à la terminaison de l'iléon. Ce dernier est le siège, sur ses deux derniers centimètres, d'une congestion intense. Sa paroi est entièrement infiltrée, cartonnée sur toute sa circonférence. Au-delà, l'iléon est tout à fait

normal. L'infiltration des deux derniers centimètres de l'intestin grêle s'étend aux mésentères correspondant qui renferme, dans son épaisseur, quatre à cinq ganglions qui roulent sous le doigt et dont le plus volumineux est du volume d'une petite amande. Le gros intestin est sain; nous n'avons pas noté de lésion de typhlocolite. L'appendice est simplement plus vascularisé qu'à l'état normal, mais ne présente aucune adhérence; le méso-appendiculaire n'est pas infiltré. Devant la nette localisation de lésions inflammatoires sur la terminaison de l'iléon, nous pensons alors seulement à la possibilité d'une fièvre typhoïde chez la malade. L'appendicectomie classique, sans enfouissement, est pratiquée et la paroi renfermée en trois plans.

L'examen macroscopique de l'appendice montre seulement de la congestion de la séreuse. Pas de suffusion hémorragique de la muqueuse.

L'examen anatomo-pathologique, pratiqué par le Docteur Guibert, montre, par contre, l'existence d'un processus inflammatoire subaigu, des suffusions sanguines dans les follicules clos et de la muqueuse, de la lymphangite transparrétale.

La recherche de bacilles dans l'appendice et sa paroi est restée négative.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'intervention, au matin, la température tombe à 37°5 pour remonter le soir même à 39°5. Le 19 décembre, la fièvre atteint 40°. Le pouls, à 100 est dissocié par rapport à la température et présente un dicrotisme net. Il existe chez la malade un certain état d'obnubilation. La langue, blanche au centre, est rouge sur les bords.

La région naso-bucco-pharyngée ne présente rien d'anormal. Sur l'abdomen: pas de taches rosées, pas de ballonnement. La rate et le foie sont normaux. L'auscultation de l'appareil cardio-vasculaire ne permet de déceler aucun signe pathologique. Analyse du sang le 18 décembre 1936:

azotémie (post-opératoire): 0 gr. 60, séro-diagnostic de Widal, positif; l'hémoculture en bouillon nous parvient positive le 20 décembre (Paratyphique A).

Le 21 décembre, le malade passe à la clinique Pasteur. Evolution sans complication, les bains furent remplacés par les enveloppements humides. Un incident de paroi fut marqué simplement par un hématome, supprimé au quinzième jour avec l'intervention. Le malade entre en convalescence au début du mois de février. Mais, dix jours plus tard, elle fait une rechute, de très courte durée: une huitaine de jours. Actuellement, elle est en excellent état de santé.

En résumé, il s'agit d'appendicite aiguë, opérée le troisième jour, suivie de fièvre typhoïde.

OBSERVATION IV

(Rosenthal: in *Zentralblaetter für Chir.*, 1930)

Garçon de 14 ans, présentant depuis deux jours des douleurs abdominales et des vomissements. Le médecin traitant a recommandé l'opération.

A l'entrée, la température est à 39°. L'enfant se plaint de douleurs très fortes à la pression de la région appendiculaire.

Contracture.

Diagnostic du chirurgien: appendicite.

Opération immédiate. — On trouve un peu d'exsudat dans l'abdomen. L'appendice est long, gros et enflammé. La paroi du cæcum, à la base de l'appendice, est infiltrée en placards de la grosseur d'une pièce de dix centimes, durs et rudes. Sur l'intestin grêle, plaques de Payer

enflammées. On soupçonne une typhoïde et on envoie l'appendice entier à l'examen bactériologique.

Examen du contenu appendiculaire. — Une culture, faite avec ce contenu, donne, en présence d'un sérum expérimental, une réaction négative pour le bacille typhique, et positive à 1 p. 3200 pour le para B.

Le lendemain, le sérum du malade, mis en présence du bacille typique, ne donne aucune agglutination, mais agglutine le para B à 1 p. 200.

Examen histologique. — L'appendice du côté de l'insertion est passablement épaissi et présente de graves altérations. L'épithélium est détruit, la lumière présente un contenu purulent. L'infiltration leucocytaire inflammatoire dans la sous-muqueuse.

Diagnostic. — Appendice aiguë, purulente, ulcéreuse. L'examen du contenu intestinal, huit jours après ne donne ni bacilles typhiques, ni paratyphiques.

La maladie évoluera ensuite sans incidents vers la guérison.

Il s'agit donc d'un appendiculo-typhus.

OBSERVATION V

(Massabuan, Guibal, Joyeux et Drouet
*Archives de Société de Sciences Médicales
de Montpellier, 1936-1937*)

M^{me} C... Marie, 34 ans, entre à l'Hôpital, le 25 septembre 1934, pour appendicite aiguë.

Antécédents. — La malade a eu six grossesses antérieures. Un accouchement avec rétention placentaire.

Règles régulières. Chaque mois, durant chaque fois trois jours. Pertes blanches abondantes.

Histoire de la maladie. — Le 21 septembre, la malade a commencé à souffrir du ventre, avec douleur localisée dans la fosse iliaque droite, ce qui fait quatre jours.

En même temps, des vomissements abondants.

Depuis, les douleurs se sont calmées légèrement, mais la malade n'a eu aucune émission de matière ni de gaz.

A l'examen, on trouve bon état général. Température: 40°3; pouls: 130.

Paroi abdominale grasse, abdomen ballonné. On ne sent l'existence d'aucun empatement, ni plastron, mais point douloureux très net dans la région de Mac-Burney.

Météorisme généralisé.

Au toucher vaginal, on sent, dans le cul-de-sac de Douglas, les annexes droites prolabées non douloureuses. La pression du cul-de-sac droit est peu douloureuse.

Intervention. — A subi, le 25 septembre, à 18 heures, une appendicectomie sans enfouissement. Laparotomie latérale. Incision de Jalaguer.

Circonstances étiologiques

a) *Circonstances préopératoires.* — Diagnostic: appendicite aiguë le quatrième jour. Pouls: 130. Tension artérielle: 10 1/2-7 1/2.

Etat humoral: azotémie: 0 gr. 25.

b) *Circonstances opératoires.* — Anesthésie régionale sous-arachnoïdienne à la scurocaïne; solution à 12 %. 8,5 cc.

Exploration. — Paroi très épaisse. Après l'ouverture du péritoine, le cæcum est trouvé assez difficilement à droite et en haut, à cause de la situation un peu interne de l'incision, le cæcum est fixé à la paroi. Pas des adhérences. L'appendice, très court, peu congestionné et turgescant.

Conduite opératoire. — Ligature et section du méso au catgut n° 2. Ligature de l'appendice au catgut n° 2, au thermocotère et carbonisation du moignon.

Fermeture de la plaie opératoire en trois plans. Peau-agrafes de Michel.

Circonstances post-opératoires

Le 26 septembre, au matin, la température persiste. Le pouls est rapide.

La malade a eu une évacuation de matières et du gaz. Mais, malgré tout, le ventre reste excessivement ballonné. Pas de signes pulmonaires. Pas de vomissements.

Examen de laboratoire montre une azotémie post-opératoire de 1 gr. 05.

Le 26 septembre au soir: état du malade s'aggrave. Pouls filiforme, difficile à sentir. On est obligé de compter le pouls à la carotide. Le ballonnement du ventre persiste.

Pas de signe péritonéal net. La malade présente le tableau général d'une septicémie massive. Dyspnée *sine materia*, pouls absolument incomptable. Langue sèche, oligurie, légère excitation intellectuelle.

Le 27 septembre: excitus. On reçoit le résultat de l'hémoculture: positif sur bouillon et sur bile. (Bouillon d'Eberth).

La malade succombe dans la soirée.

Examen histologique d'appendice.

On a affaire à une appendice subaiguë, caractérisée par des lésions d'hyperplasie folliculaire, avec léger processus de lymphangite transpariétale.

Rien à signaler au niveau de la séreuse.

En résumé: appendicite aiguë opérée le quatrième jour. Excitus 48 heures après; résultat d'hémoculture positive à ce moment.

OBSERVATION VI

(Delagenière, *in* Thèse de Molveaux, résumée)

Garçon de 14 ans, pris de céphalée, de courbature. Il s'alite. Le médecin pense à une typhoïde, les jours suivants les symptômes s'accroissent.

Le quatrième jour : vomissements, douleur au point de Mac-Burney : peu de défense de la paroi. Température élevée. Glace sur le ventre et mise en observation.

Le sixième jour, la douleur augmente, ainsi que les vomissements. En raison des antécédents, deux crises d'appendicite antérieures, on porte le diagnostic d'appendicite aiguë.

Opération le jour même : pas de foyer purulent ; intestin rouge, péritoine enflammé. Appendice petit, gangrené. Ganglions mésentériques gros et mou. Plaques de Payer sensibles au toucher.

Les jours suivants : l'état général s'améliore, la température s'abaisse un peu et le séro-diagnostic devient positif.

Evolution normale de typhoïde. Guérison.

Il s'agit d'une appendicite au début de la fièvre typhoïde, cliniquement diagnostiquée.

II. — APPENDICITE PARAISSANT EN PLEINE ÉVOLUTION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Lorsque l'appendicite survient en pleine évolution de la dothiéntérie à la période d'état, elle constitue la plus redoutable complication. Elle se confond au point de vue

symptomatologique, à ce moment, avec la perforation intestinale : douleurs violentes de l'abdomen, la défense de la paroi abdominale, des nausées et des vomissements, de l'hyperesthésie cutanée. La température peut monter de 1° à $1^{\circ} 1/2$, ou bien elle se manifeste par une chute brusque (obs. n^o VII, VIII, IX). A partir de ce moment, le typhique doit être examiné d'heure en heure, pendant trois à quatre heures ; le facies devient subitement grippé, terreux, les yeux sont excavés, les lèvres cyanosées, le pouls petit et misérable, les extrémités se refroidissent, le météorisme abdominal est très marqué. Souvent, il n'est plus temps d'intervenir et la mort confirme le diagnostic. Ce n'est donc pas sur les symptômes péritoniques qu'il faut compter, mais l'essentiel est d'intervenir à son stade chirurgical.

L'intervention opératoire a d'autant plus de chance de réussite qu'elle est plus précoce.

Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on trouve le siège appendiculaire de la lésion. L'observation inédite du Professeur Boudet (n^o VII), citée plus loin, le prouve bien. La malade a été opérée pour perforation intestinale siégeant supposée à gauche lorsqu'on trouve son appendice perforé.

Mondor, citant, devant la Société de Chirurgie, une observation des péritonites typhiques par perforation appendiculaire, nous affirme que le tableau clinique de la perforation appendiculaire typhique (l'élévation de la température, la contracture plus perceptible, une localisation douloureuse plus précise, des signes généraux francs), est difficile à distinguer des sournoises perforations iléales.

Pendant l'intervention, l'aspect de l'épanchement péritonéal n'est pas régulièrement d'un secours bien utile.

Lenormant et Willmoth ont cru, à la vue du liquide, avoir affaire à une perforation de la vésicule biliaire alors que c'était une perforation iléale ; dans le cas de Fèvre et Folliasan, la perforation cholécystique avait entraîné un

épanchement purulent le plus banal. Dans le cas de Moiroud, l'appendice était dans un abondant épanchement de liquide jaune, semblable, d'origine iléale.

En résumé: les signes cliniques d'appendicite en pleine évolution de la typhoïde se confondent avec la perforation intestinale. Toutefois, certains auteurs considèrent que :

1° L'élévation thermique serait plus fréquente dans un syndrome admodinal aigu en faveur d'une réaction appendiculaire ;

2° La douleur serait plus diffuse dans la perforation iléale ;

3° Les vomissements seraient plus précoces dans la perforation appendiculaire ; ils sont, en outre, rarement fécaloïdes.

Le toucher rectal éveille une douleur localisée à droite dans le cul-de-sac de Douglas, dans le cas d'une perforation d'appendicite.

Le diagnostic différentiel entre l'appendicite et la perforation intestinale à la période d'état de la fièvre typhoïde semble être peu important, puisque seule l'intervention décide de la vie du malade.

OBSERVATION VII

*(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Boudet,
Clinique Pasteur, Hôpital Saint-Eloi)*

M^{me} Marie-Louise E..., 26 ans, couturière à Vendargues, entre, le 17 septembre 1939, à la Clinique Pasteur, envoyée par le Docteur Cairel, de Castries, pour fièvre typhoïde.

La maladie a débuté le 8 septembre, par des céphalées, frissons, sueurs. Température, 38°.

Pendant toute la semaine, la température a oscillé aux environs de 39°. Constipation.

Antécédents personnels. — Rougeole.

Antécédents héréditaires. — Mère: affection cardiaque. Père: en bonne santé. Un enfant âgé de 20 mois. Pas de fausses couches.

A l'examen du 17 septembre 1939. — Température: 40°2.

Pouls: 120.

Appareil digestif. — Langue sèche. Quelques fuliginosités sur les lèvres. Abdomen volumineux, météorisé, douloureux. Omphalion déplié. Quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Quelques taches rosées. Diarrhée. Foie normal.

Appareil circulatoire. — Tension: 9-6 1/2. Cœur assourdi.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler. Voix nasennée.

Appareil nerveux. — Rien à signaler. Surdité.

Appareil génito-urinaire. — Régulée à 15 ans. Règles normales.

Traitement. — Opothérapie, bains, huile camphrée.

20 septembre. — Même état. On ajoute au traitement précédent du Suisseryl.

21 septembre. — Diarrhée très abondante. Tremblement de la tête.

Traitement: suppression des bains. Enveloppements humides. Lantol intramusculaires, deux ampoules.

22 septembre. — Langue toujours sèche. Prostration complète. Diarrhée abondante. Température monte à 40°6. Pouls, 140, cependant bien frappé.

Traitement: sérum glucosé, 1/2 litre.

23 septembre. — *Matin:* malade en prostration complète. Température, 38°2. Pouls, 125. Selles plus noires que de coutume. Mauvais état général. Difficultés pour avaler.

Traitement. — Lantol, ouabaïne, intraveineux. Huile

camphrée, strychnine. Sérum glucose, 1 2 litre. Vessie de glace sur le cœur.

Soir. — Température, 40°. Pouls, 125.

25 septembre. — La température commence à baisser. Langue moins sèche. Prostration accentuée.

26 septembre. — Langue encore sèche. Trémulations. Constipation.

Traitement: strychnine, 6 milligr. Lantol supprimé. Ouabaïne.

27 septembre. — Degré de prostration beaucoup plus accusé. Température descend.

29 septembre. — Après une baisse de température à 35°, élévation à 39°. Selles foncées. Abdomen est souple, encore douloureux.

30 septembre. — Température, 38°. Pouls, 110. Etat sans grand changement.

Traitement. — Sérum de Rodet.

1^{er} octobre. — Etat sans grand changement. Cœur assordi.

3 octobre. — Langue saburrale. Cœur assordi. Poumons: rien à signaler.

Traitement. — Ouabaïne, huile camphrée. Vessie de glace sur le cœur.

4 octobre. — Température, 39°, bon état général. Cœur médiocre, ouabaïne supprimée.

5 octobre. — Langue humide. Température recommence à baisser.

Traitement. — Vessie de glace supprimée.

Sérum salé sur l'escarre. Strychnine, 4 milligr. Huile camphrée.

6 octobre. — Cœur: rythme penducaire. Trémulations. Température toujours en plateaux. Poumons: bronchite diffuse. Langue sèche.

Traitement: ouabaïne.

7 octobre. — Cœur: amélioration. Langue moins sèche.
Traitement: ouabaïne.

8 octobre. — Malade vue en garde à 2 h. de l'après-midi.
Vers 1 h. 1/2, la malade, en se tournant dans son lit, a ressenti une douleur dans la fosse iliaque gauche. Température, 40°. Pouls, 140. Tension, 9 1/2-6.

A l'examen, douleur diffuse dans tout l'abdomen; légère contracture des droits, *disparition de la matité hépatique*.

Revue à 3 h. de l'après-midi, mêmes signes à 5 h. Température, 41°. Pouls, 140. T. A., 9 1/2-6. Mêmes signes. Au toucher vaginal, cul-de-sac gauche douloureux.

Pas de vomissements, mais sensations nauséuses.

Diagnostic pré-opératoire: perforation typhique.

Intervention le 8 octobre 1939.

Anesthésie locale. — Syncaïne 1 %, 30 cc.; syncaïne 0,50 %, 60 cc. Très bonne anesthésie.

Incision. — Laparotomie latérale droite sous-ombilicale, de Jalaguier.

Exploration. — Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide séreux malodorant. Assez faible abondance.

Les anses intestinales dilatées et l'épiploon masquent le cæcum qui est le point de repère cherché.

A l'aide d'une grande coupure, on refoule les éléments qui gênent l'exploration.

On constate alors que le cæcum est recouvert de fausses membranes couenneuses, gluantes, se laissant détacher facilement. Celles-ci sont prolongées vers le pelvis par d'autres fausses membranes qui solidarisent l'appendice et le sigmoïde.

Au doigt, on sent un appendice volumineux, dur, tendu. On le libère sans difficulté du sigmoïde et cette manœuvre met en évidence une perforation appendiculaire par où s'échappe un liquide verdâtre et fétide. Une mèche est mise en place au niveau du sigmoïde.

Appendicectomie rapide, sur pinces étagées, ligature du

méso, section de l'appendice aux ciseaux (absence de galvano). Cautérisation à l'iode, pas d'enfouissement.

La compresse qui refoulait les anses grêles est retirée, on inspecte ainsi les 30 derniers centimètres de grêle. Celui-ci est congestionné, rouge, très mince. On voit à travers les parois le contenu liquide de la fin du grêle. Aucune perforation n'est constatée.

Drainage: deux grandes mèches de gaze, un drain.

Fermeture du trajet péritonéal, trajet de la gaine du droit, crins sur la peau.

Suites opératoires:

9 octobre. — Pansement: injection de sérum antigangréneux, anticoli dans la plaie.

10 octobre. — Matin: température a baissé à 38°6. Langue humide. Selle spontanée. Délire dans la nuit.

Soir: température, 39°,6; pouls, 150. Langue rôtie. Abdomen souple. Pansement renouvelé: ablation d'une mèche. Sérum antigangréneux et anticoli.

11 octobre. — Délire durant toute la nuit (voulant se lever). Trémulations. Température, 39°; pouls, 145. Langue très sèche.

Cœur: rythme pendulaire.

Poumons: foyer de râle au tiers moyen.

Traitement: opothérapie, huile camphrée, ouabaïne, vaccin polyvalent n° 2. Suppression de la strychnine.

12 octobre. — Jeudi: température a baissé à 38°, mais pouls reste aux environs de 140. Langue rôtie. Trémulations des lèvres et des extrémités. L'escarre s'agrandit. Abdomen souple. Gaz nombreux. Selle. Ablation de la deuxième mèche.

13 octobre. — Vendredi: délire beaucoup moins. Tuphos important. Langue rôtie. Fuliginosités sur les lèvres. Escarre très important. Cœur: rythme pendulaire. Température, 38°9. Pouls, 140.

14 octobre. — Samedi: température, 39°; pouls, 140.

Délire beaucoup moins. Agitation grande. Langue moins sèche. Ventre souple. Aspiration par le drain. Aucun liquide n'est retiré. Ablation du drain et de la mèche. Mise en place d'une petite mèche.

15 octobre. — Dimanche: température monte aux environs de 41°. Tousse. Vue par l'interne de garde qui ordonne une potion calmante et des enveloppements.

Lundi 16 octobre. — Etat stationnaire.

Mardi 17 octobre. — Température: 39°4. Cœur: rythme pendulaire. Poumons: râles disséminés. Langue sèche. Abdomen parfaitement souple. Révulsion.

Mercredi 18 octobre. — Température, 39°8. Tuphos. Pouls, 165, irrégulier, mais bien frappé. Langue rôtie. Trémulations. Aurait déliré toute la nuit. Ouabaïne.

Jeudi 19 octobre. — Matin: température a baissé à 39°, mais le pouls est toujours à 160. Tuphos complet. Délire.

Soir: pansement renouvelé; plaie opératoire; issu d'un liquide marron foncé, laissant dégager une odeur nauséabonde faisant penser à une fistule. Fascies blanc. Narines pincées.

Vers 21 heures, même tableau, pouls petit, incomptable. Effondrement de la tension artérielle.

Vendredi 20 octobre. — Meurt vers 12 h. 1/2.

L'appendice a été ensuite photographié par M. L. Armand. Il est gros, volumineux, mesure 7 cm. de longueur, du calibre d'un petit doigt d'adulte. La perforation, de dimension d'une petite noisette, se trouve à 2 cm. de la pointe. A cet endroit, l'appendice est bosselé.

En résumé: il s'agit donc ici d'une perforation appendiculaire en pleine évolution de la typhoïde. Opération, exitus douze jours après, due à un collapsus cardiaque.

OBSERVATION VIII

(Moiraud et Añverinos.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 16 décembre 1931)

Il s'agit d'une fillette de 11 ans, qui présente, à la suite d'une indigestion de coquillages, une fièvre typhoïde dont les signes cliniques et sérologiques (séro-diagnostif positif au 1/100^e à l'Eberth) sont caractéristiques. Le début remonte aux premiers jours d'octobre.

Toutefois, l'allure de l'infection est traînante, puisque, vers le trentième jour, la température moyenne du soir est de 38°7. Le traitement consiste en lavages intestinaux biquotidiens. Vers le quinzième jour apparaissent des douleurs abdominales généralisées et peu violentes, qui cèdent rapidement à l'application de glace; à partir de ce moment, un seul lavage est prescrit.

Dans la matinée du 13 novembre, donc au trente-septième jour de la maladie, une violente douleur apparaît dans la fosse iliaque droite, à la suite d'un lavage intestinal.

Le médecin traitant ne vit l'enfant que le lendemain matin, et, devant le tableau clinique évident de péritonite généralisée, conseille l'intervention chirurgicale immédiate qui n'est acceptée par la famille qu'après de nombreuses hésitations.

Opération à la vingt-huitième heure. Ventre de bois, facies grippé, langue sèche, pouls rapide avec forte hypotension. L'impression générale est fort mauvaise.

L'anesthésie générale est rapidement obtenue à l'aide de quelques bouffées d'éther. Incision oblique au niveau de la fosse iliaque droite. La cavité péritonéale renferme du liquide jaunâtre, d'origine intestinale. On en retire plus d'un litre à l'aide de l'aspiration. Le dernier segment

iléal, rapidement recousu, est exploré sur plus d'un mètre. L'intestin distendu, entouré de fausses membranes récentes, ne présente aucune perforation. Le cæcum est intact. Quant à l'appendice, courbé, partiellement fixé, son extrémité est perforée, rouge vif, avec extropion muqueux.

Pour ne pas prolonger l'acte opératoire, on enlève seulement la partie libre de l'appendice qui porte sur la perforation.

Un drain est placé dans le Douglas, une mèche de gaze dans la fosse iliaque droite, au voisinage de la zone cæco-appendiculaire.

Les suites opératoires furent assez simples, et l'enfant guérit sans incidents notables.

Le fragment d'appendice enlevé n'est pas augmenté de volume. La séreuse blanchâtre n'est pas enflammée; la muqueuse est rouge, sans trace d'ulcération. Le fond du cul-de-sac appendiculaire est occupé par un orifice qui livre passage à une muqueuse boursoufflée, qui assure une oblitération incomplète; un stylet boutonné le traverse cependant sans peine. L'examen histologique n'a pas été fait.

En résumé, il s'agit d'une complication appendiculaire en pleine évolution de la typhoïde, opération, guérison.

OBSERVATION IX

(Observation rapportée par Mondor)

Après quinze jours d'un état typhoïdique absolument typique, au cours duquel l'hémoculture décèla, par deux fois, le bacille paratyphique B en circulation dans le sang, Widal et Abrami ont assisté chez leur malade à l'éclosion soudaine et à l'évolution suraiguë de phénomènes appendiculaires qui, en moins de vingt-quatre heures, aboutissaient

à la mort. L'autopsie révéla l'absence complète de toute lésion de l'intestin grêle, l'intégrité parfaite de l'appareil lymphoïde de l'iléon; par contre, il existait des lésions diffuses du cæcum et de l'appendice. Ce dernier organe était sphacélé et sa perforation avait déterminé une péritonite suraiguë diffuse. Le bacille paratyphique B existait à l'état de culture presque pure dans l'appendice et dans le péritoine. L'ensemble des constatations effectuées chez leur malade ne laisse aucun doute dans l'esprit de Widal et Abramson sur la pathogénie hémato-gène de cette appendicite.

L'étude des lésions observées à l'autopsie leur parut parfaire la démonstration:

En premier lieu, la topographie de ces lésions était exactement superposable à la distribution des vaisseaux, du cæcum et de l'appendice; le fait était d'autant plus frappant que ces lésions sont les seules que l'on puisse relever sur toute la longueur de l'appareil intestinal; il semble que les embolies microbiennes disséminées par la septicémie aient épargné toutes les autres branches des artères mésentériques, pour frapper exclusivement celles du cæcum et de l'appendice. Cette électivité, très spéciale, des lésions intestinales, mérite d'être soulignée. Chez cette malade, morte en pleine période d'état d'une septicémie paratyphique, et qui, durant sa vie, présentait tous les symptômes d'une dothiéntérie, et en particulier une diarrhée abondante, ocreuse, on devait s'attendre à trouver les lésions iléales caractéristiques des infections typhoïdiques: il n'existait pas la moindre tuméfaction des plaques de Peyer, ni des autres organes lymphoïdes. Toutes les lésions intestinales siégeaient sur l'appendice et le cæcum. L'appendice tuméfié, ramolli, était porteur de deux plaques nécrotiques, dont l'une, perforée, avait déterminé la péritonite mortelle; une plaque analogue siégeait sur le cæcum, au contact de la valvule iléo-cæcale, et le reste de

l'organe était parsemé d'un semis de taches lenticulaires, ecchymotiques, analogues à des taches rosées cutanées. Dans toutes ces lésions, la bacille paratyphique B se retrouvait en quantité colossale et à l'état de culture presque pure. Le typho-appendicite représentait donc l'unique détermination intestinale de cette septicémie.

L'examen histologique, enfin, permit de saisir sur le fait l'envahissement des parois cæcales par la voie sanguine. Dans les coupes de l'appendice, l'intensité des lésions qui portent massivement sur toutes les tuniques rend cette recherche illusoire; par contre, l'aspect des altérations cæcales est absolument démonstratif: les taches ecchymotiques qui parsèment le cæcum sont constituées, en effet, par un infiltrat nodulaire nettement sous-muqueux et périvasculaire; cet infiltrat est parcouru par des nombreux capillaires dilatés dont la lumière, en certains points, est obstruée par des colonies de bacilles dont la forme et les aptitudes tinctoriales sont celles du paratyphique.

En résumé, il s'agit d'une complication appendiculaire d'origine hématogène (Vidal et Abrami), en pleine évolution de la fièvre typhoïde.

III. — L'APPENDICITE TYPHIQUE DE LA CONVALESCENCE ET L'APPENDICITE TARDIVE

Lorsque, après une longue maladie, de durée souvent plus de trois septénaires, le malade, amaigri, anémié, semble hors danger et rentre dans la période de convalescence, soudainement, les signes d'appendicite éclatent, on croit à une rechute ou à une perforation intestinale. Dans la seconde alternative, le malade est opéré et, après l'ablation de l'appendice, tout rentre dans l'ordre (obs. x).

Dieulafoy appelle ces appendicites de la convalescence « des appendicites paratyphoïdes ».

La pathogénie de ses appendicites a été souvent discutée.

Tantôt, c'est le bacille d'Eberth, ayant conservé encore toute sa virulence, qui est en cause, tantôt le streptocoque, le staphylocoque ou le colibacille s'associent pour provoquer sur l'appendice infiltré ou ulcéré une appendicite banale (Wolfsohn), pouvant aller de la simple crise douloureuse passagère à la perforation suivie de péritonite.

Pour Gouronnet, les matières fécales joueraient le rôle de corps étrangers, déterminant l'ulcération par pression, et il peut y avoir de véritables mortifications de la paroi intestinale. Un mécanisme identique interviendrait au niveau de l'appendice.

Les corps étrangers, comme les pépins d'oranges ou la graine de melons, pourraient aussi jouer un rôle dans la perforation appendiculaire (Guéneau, de Mussy). Les agents de certaines entérites survenant au cours de la convalescence de la dothiéntérie peuvent aussi influencer favorablement le développement de l'appendicite (Coulomb).

L'appendicite peut être une complication tardive de la fièvre typhoïde (obs. xi).

Puisqu'il est admis que le bacille de la fièvre typhoïde survit fort longtemps avec toute sa nocivité après la guérison dans la vésicule biliaire, ce germe est contenu de façon semblable dans l'appendice par suite de l'envahissement fréquent de cet organe par le processus éberthien, lors de la période aiguë de l'affection. Parfois, l'appendice naît de l'action d'un microbe banal, strepto, staphylo coli-bacille, etc..., sur les lésions laissées par une atteinte antérieure de l'appendice. Dans ce cas, le b. typhique pourrait également être rechauffé par le germe « banal » et prendre part à l'action.

OBSERVATION X

(Dieulafoy)

Jeune fille atteinte, quatre semaines auparavant, d'une fièvre typhoïde d'assez forte intensité.

Au moment de la convalescence, la malade est prise de vives douleurs dans la fosse iliaque droite et de symptômes simulant une perforation intestinale.

Puis le calme se rétablit. Mais l'amélioration ne fut que factice.

Le ventre restait ballonné.

Des douleurs vives apparaissaient sous forme de crises.

Le pouls était accéléré.

Cet épisode aigu avait coïncidé avec une poussée fébrile : notable élévation de la température, donc, appendicite para-typhoïde et non perforation intestinale.

Dieulafoy constate une collection à la région cæco-appendiculaire.

Opération. Guérison.

C'est donc une appendicite de la convalescence.

OBSERVATION XI

(Clavel, in *Thèse de Vidal*)

V... Charles, 16 ans, entre, le 3 janvier 1930, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service du Professeur Tixier, pour appendicite à rechutes.

On note, dans ses antécédents, la coqueluche, et, pendant le mois d'août 1928, une typhoïde qui le tint au lit pendant plusieurs semaines. Il n'avait jamais rien eu du

côté de l'intestin quand, brusquement, au mois de février 1929, il présente une première crise, assez peu aiguë d'ailleurs. La température ne dépassa jamais 37°5.

Le 15 octobre 1929, nouvelle crise plus violente que la précédente, à symptomatologie à peu près identiques. Mais la température, qui s'était élevée d'emblée à 39°8, persista pendant quinze jours.

Depuis cette époque, il n'a pas eu de nouvelles crises, n'a pas souffert, mais n'a pas repris son travail, son médecin lui ayant vivement conseillé de se faire opérer.

A l'entrée, on se trouve en présence d'un jeune homme d'aspect chétif. L'examen de l'abdomen est absolument négatif, pas de gargouillement cæcal, pas de douleur au point de Mac-Burney, et quand on demande au malade où il a souffert dans sa crise antérieure, il indique un point plus bas situé et plus à droite que le point de Mac-Burney.

Examen général négatif en tous points.

Intervention le 14 janvier 1930: le malade étant cyphotique et ayant des antécédents entachés de bacillose (père mort tuberculeux), on préfère ne pas faire d'anesthésie générale. Anesthésie loco-régionale (scurocaïne).

Le cæcum est épaissi et présente des reliquats inflammatoires, l'appendice, rétro-cæcal, a une longueur de 10 cm. environ. Il est sténosé, filiforme à l'union de son tiers inférieur avec son tiers moyen. Le tiers inférieur est scléreux, cicatriciel. Un ganglion dans le méso-appendice. Pas de ganglion dans l'angle iléo-cæcal. Pas d'ascite dans l'abdomen.

Appendicectomy rétrograde. Enfouissement. Pas de drainage, les lésions paraissant suffisamment éteintes.

Examen de la pièce. — Il existe une sténose dans le tiers inférieur qui, peut-être, est attribuable à la typhoïde antérieure. On dirait qu'il y a eu un volvulus de l'appendice ayant abouti à l'atrophie de sa pointe.

Réaction de Wassermann légèrement positive.

Suites très simples.

Le malade part du service entièrement cicatrisé.

Examen bactériologique (M^{me} Clavel):

La culture a montré des bacilles typhiques dans la cavité de la portion terminale de l'appendice.

Cultures faites avec fragments de muqueuse prélevés au-delà de la striction: pousse un b. mobile; Gram négatif, dont les caractères sont les suivants:

Ne fermente pas le lactose;

Ne fermente pas le glucose;

Ne fait pas virer le rouge neutre;

Ne donne pas d'indol.

Il s'agit donc d'un bacille typhique. D'ailleurs, ce bacille est agglutiné par un sérum expérimental antityphique.

Inoculation au cobaye le 14 janvier 1930. Animal sacrifié le 3 mars 1930: pas de lésions tuberculeuses.

Le cas de Clavel est une appendicite vraie tardive.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de l'appendicite au cours de la fièvre typhoïde se confond avec celle de la fièvre typhoïde elle-même, puisque l'appendicite est une de ses complications.

Ces accidents frappent avec prédilection particulière le sexe masculin. Ce dernier serait cinq fois plus fréquemment touché que la femme.

C'est entre 15 et 25 ans que la typhoïde est le plus communément observée. Dans le sexe masculin, la plus forte proportion de cas se produit entre 20 et 24 ans.

Chez le nourrisson, la fièvre typhoïde est exceptionnelle, mais elle augmente peu à peu de fréquence avec l'âge chez les enfants, pour atteindre son maximum pendant l'adolescence et les premières années de l'âge adulte. Après 30 ans, les cas observés sont moins fréquents et la typhoïde devient exceptionnelle chez le vieillard.

Quant aux germes microbiens en cause, exception faite du bacille d'Eberth, on a signalé également la présence de germes banaux: staphylo, streptocoque, coli-bacilles (Wolfsohn).

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

On doit considérer le diagnostic de l'appendicite compliquant la fièvre typhoïde :

- 1° Au début de la fièvre typhoïde ;
- 2° En pleine évolution ;
- 3° Pendant la convalescence.

I. — *L'appendicite peut constituer la maladie elle-même au début de la dothiéntérie.* Elle se présente tantôt sous forme d'*appendicite chronique*, le malade est opéré à froid ; ce n'est que par la suite, lorsque les conséquences opératoires ne sont pas normales, qu'on se trouve en présence d'une fièvre élevée, persistante, ou en présence des premiers signes discrets de la typhoïde : troubles nerveux, prostration, état de tymphos ; troubles digestifs : la langue caractéristique de la dothiéntérie, nausées ou vomissements persistants, diarrhée ocreuse, épistaxis ; au bout de quelques jours apparaissent la dissociation du pouls et de la température, pouls dicrote, apparition de taches rosées, splénomégalie.

Il s'agit donc d'une appendicite au cours d'une *typhoïde ambulante, méconnue*. Après un interrogatoire assez méconnus, comme un épistaxis, grande lassitude datant de poussé on arrive à découvrir quelques signes précurseurs plusieurs jours, céphalées. Mais ces signes peuvent manquer. En présence de nausées et de vomissements, des douleurs au point de Mac Burney, le toucher rectal douloureux

dans le cul-de-sac de Douglas gauche, le malade est amené sur la table d'opération.

Dans un deuxième cas, l'appendicite est aiguë d'emblée, présentant, avec une fièvre élevée, des vomissements; la fosse iliaque droit étant douloureuse à la pression, le pouls accéléré, la paroi abdominale légèrement contracturée. Rien ne fait penser alors à un appendiculo-typhus lorsque en présence de suites opératoires anormales on est amené à faire les recherches de laboratoire qui confirment le diagnostic de la dothiéntérie

Il est assez difficile d'établir un diagnostic différentiel entre l'appendicite aiguë banale et un appendiculo-typhus. La fièvre est élevée dans les deux cas, la douleur abdominale au point de Mac-Burney correspond à la sensibilité de la région iléo-cæcale de la fièvre typhoïde.

Les vomissements sont fonction de la réaction péritonéale, ils peuvent manquer dans la crise appendiculaire; on les voit quelquefois au début de la fièvre typhoïde. Trois signes pourraient être d'importance capitale pour différencier l'appendicite aiguë banale d'appendiculo-typhus:

1° *La diarrhée;*

2° *La dissociation du pouls et de la température;*

3° *Les caractères physiques de la langue.*

Tous ces signes sont caractéristiques de la fièvre typhoïde, mais il existe de nombreux cas d'appendicite avec diarrhée. La dissociation du pouls et de la température se manifeste seulement dans la fièvre typhoïde. Le pouls est généralement ralenti dans cette affection. Ce ralentissement du pouls est souvent assez modéré, tandis que dans l'appendicite banale l'accélération du pouls est persistante et progressive.

La langue typhique caractéristique fait quelquefois défaut au début de la dothiéntérie, il est souvent assez difficile pour le clinicien de poser un diagnostic différentiel exact. Certains auteurs (Mondor) estiment, en faveur

d'une appendicite typhique, l'existence de l'atténuation de la contracture de défense dans la fosse iliaque droite; cependant l'expérience clinique a bien prouvé qu'il est des appendicites graves à contracture pariétale minime.

Il est souvent assez difficile de préciser, dès les premiers jours, le diagnostic différentiel entre la dothiéntérie d'une part, et l'*embarras gastrique* ou une *grippe* d'autre part. L'existence d'un syndrome hémorragique précoce crée une confusion avec toutes les grandes *infections purpuriques*, quelquesfois aussi la typhoïde peut s'associer au *paludisme*: la fièvre typhoïde du début a été souvent confondue avec la *tuberculose septicémique*, soit sous forme *granulique*, soit sous forme de *typho-bacillose* de Landouzy.

Les *endocardites aiguës* ulcéro-végétantes sont souvent confondues avec la fièvre typhoïde à cause du syndrome septicémique dont elle s'accompagne.

La *mélitococcie* (fièvre de Malte) peut, de même, lors de sa première poussée septicémique, être confondue avec les fièvres typhoïdes et para-typhoïdes, en raison de la température continue, de la splénomégalie, de l'abattement du malade.

Les *septicémies à germes banales*, les colibacillooses et paracolibacillooses, la typhose syphilitique, ont pu de même être confondues, plus ou moins longtemps, avec la dothiéntérie. Elles en ont, en effet, la température continue, l'adynamie plus ou moins marquée, la splénomégalie, les troubles digestifs.

Enfin, on rencontre parfois, dans nos contrées, des fièvres continues, dont nous ne connaissons pas la nature et qui simulent la fièvre typhoïde.

Nous voyons donc comment il est difficile souvent de poser le diagnostic clinique exact dès le début de la typhoïde, et c'est le laboratoire qui tranche le différent.

Mais l'hémoculture n'est pratiquée que si la tempéra-

ture élevée persiste. *Le séro-diagnostic de Vidal* est négatif dans les premiers jours.

La recherche du bacille dans la rate par la ponction exploratrice ou dans les taches rosées lenticulaires n'a plus qu'une valeur historique.

La recherche des bacilles dans les matières fécales constitue un procédé toujours délicat, long, et qui ne fournit pas, dans la majorité des cas, des résultats en rapport avec les difficultés techniques qu'il présente.

La recherche des bacilles dans la bile est encore assez compliquée. On a essayé également de rechercher le bacille d'Eberth dans d'autres liquides organiques, urines, liquide des plèvres, L.C.R. La recherche de la sensibilisatrice spécifique, la recherche de la mensuration du pouvoir opsonique, l'ophtalmo-diagnostic, sont de peu d'utilité.

L'étude de la formule hémoleucocytaire est très intéressante. Il y a leucopénie à la période d'état (Hayem et Chantemesse). L'hypoleucocytose est légère au cours de la première semaine, elle va en augmentant à mesure que la maladie progresse et elle persiste longtemps pendant la convalescence.

Durant la première semaine, il y a 75 à 85-90 % de polynucléose à la période d'état, il y a mononucléose relative prédominante par hypopolynucléose et la disparition presque absolue des éosinophiles.

La diazo-réaction d'Ehrlich, quand elle est positive, ne peut être considérée comme un élément de diagnostic différentiel important car elle peut s'observer dans d'autres maladies d'allure typhoïdique, telle que la granulie ou la grippe. Mais sa fréquence est telle dans la fièvre typhoïde qu'on peut admettre, avec Ehrlich, que l'absence de diazo-réaction, constatée à plusieurs reprises du 5^e au 10^e jour d'une affection fébrile, doit faire écarter presque à coup sûr l'hypothèse de fièvre typhoïde.

En résumé: le diagnostic de l'appendicite aiguë banale est souvent difficile à différencier de l'appendiculo-typhus. Les analyses du laboratoire ne sont d'aucun secours rigoureux puisqu'elles ne sont pratiquées que devant une température élevée suivie.

II. — *Le diagnostic clinique de l'appendicite au cours de la période d'état de la fièvre typhoïde.*

a) *Le malade offre le tableau typique de la fièvre typhoïde.*

La température élevée continue, en plateau, la prostration, la stupeur, la douleur à la pression de la fosse iliaque droite, la diarrhée ocreuse, la splénomégalie, les taches rosées, lenticulaires, l'angine de Duguet. Dans l'anamnèse on apprend que le début a été insidieux, graduel, l'existence de l'épistaxis, de la céphalée, de l'insomnie initiale.

b) *Le diagnostic de la fièvre typhoïde a été déjà fait par les examens de laboratoire dans cette période.*

La symptomatologie se confond très souvent avec la perforation intestinale; cette perforation peut siéger au niveau de l'appendice. L'appendicite, à ce stade, est un des accidents les plus redoutables. La diarrhée profuse (Murchison), accompagnée de douleurs abdominales plus vives et plus tenaces que de coutume, un météorisme abdominal excessif (Jenner, Murchison), telle surtout l'hémorragie intestinale, copieuse ou répétée, trahit la gravité des lésions nécrotiques de l'intestin. Comme la perforation intestinale, elle peut survenir à la suite d'un effort, vomissements ou purgations intempestives.

III. — *Le diagnostic de l'appendicite au cours de la convalescence*

C'est au moment où le malade, après une longue maladie, surtout lorsque la fièvre typhoïde a duré plus que

trois septenaires, le malade amaigri, anémié, semble s'acheminer vers la guérison, que, soudainement, éclatent des signes d'appendicite. Ces signes d'appendicite peuvent être confondus avec une rechute de la maladie ou avec une perforation intestinale. C'est au médecin que s'impose la charge de surveiller tous ces petits signes d'appendicite pour pouvoir intervenir au moment le plus favorable, et quelquefois laisser un appendice évoluer spontanément à un organisme qui a déjà fait la preuve de sa défense.

IV. — *Appendicite tardive*

Le diagnostic clinique de l'appendicite tardive de la fièvre typhoïde est celui des autres appendicites chirurgicales banales.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

L'appendicite est une complication très fâcheuse de la fièvre typhoïde. La mortalité de la typhoïde elle-même est relativement élevée.

Son pronostic dépend de la forme grave (forme ataxo-adynamique, hémorragique) ou légère de la fièvre typhoïde.

Même en face d'une forme en apparence légère, il y a danger de mort subite. Ce danger peut subsister même à la convalescence.

Certains symptômes sont en faveur d'un mauvais pronostic : hyperthermie au-dessus de 41° , absence de rémission matutinale de la fièvre dépassant 40° , absence de rémission nette après les bains. Une température basse, coïncidant avec la prostration marquée et avec une diarrhée profuse, témoignent en faveur d'une forme adynamique. La chute brusque de la température de plusieurs degrés, survenant de façon imprévue (en dehors de l'emploi de médicaments antithermiques) peut être l'indice d'une hémorragie intestinale, d'un collapsus myocardique, d'une perforation intestinale ou biliaire.

Si la température et le pouls suivent une ascension continue, si le pouls est rapide et la température relativement basse, le pronostic est sombre (Griesinger et Hardy).

L'existence d'un signe de Kernig, l'apparition de muguet ou d'un hoquet sont également en faveur d'une typhoïde grave.

L'hyperleucocytose polynucléaire indiquerait une perforation intestinale.

Toutefois, dans les formes légères, l'appendicectomie, *au début*, a peu d'influence sur l'évolution de la fièvre typhoïde.

Le pronostic de l'appendicite, *en période d'état*, serait plus sombre, mais on a signalé des cas de guérison (obs. viii).

A la période de convalescence, en dehors des rechutes, l'évolution est souvent favorable et, dans la *période tardive*, le pronostic des appendicites est celle des appendicites chirurgicales en général.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Au début de la fièvre typhoïde, l'appendicite sera traitée comme une appendicite banale. La forme aiguë nécessite une intervention chirurgicale immédiate.

Le pronostic de ces appendicectomies est très favorable. La résistance du sujet est, à ce moment-là, à peu près normale. L'organisme est encore peu touché; l'imprégnation bactérienne et toxinique étant relativement récente. L'étiologie de ces appendicites étant, par ailleurs, méconnue, la conduite du médecin sera celle qui est dictée par toute appendicite aiguë banale.

L'évolution ultérieure du tableau clinique ne tardera pas à mettre en évidence l'existence d'une fièvre typhoïde.

S'il existe des signes de présomption en faveur d'une appendicite au cours d'une maladie générale (signes généraux, état vultueux de la face, etc.), le traitement de ces appendicites sera soumis aux règles générales des appendicites survenant en cours d'une autre maladie.

Malgré la relative réserve imposée par la discordance qui peuvent exister entre les signes locaux et généraux, vue la bénignité de l'intervention au début, il serait imprudent de ne pas enlever un appendice malade qui pourrait entraîner, par la suite, une péritonite mortelle. L'intervention, elle-même, ne semble pas aggraver l'évolution ultérieure de l'infection éberthienne.

L'appendicite survenant en pleine évolution de la typhoïde est une complication des plus redoutables. L'état général du malade est plus ou moins sérieusement touché.

On se trouve, alors, en présence :

a) Soit d'une forme bruyante, à début soudain, brutal, avec des douleurs atroces, « en coup de poignard », s'irradiant parfois à tout l'abdomen et s'accompagnant, parfois, de phénomènes lipothymiques ; un tableau clinique analogue à celui de la perforation intestinale ;

b) Soit, l'évolution est insidieuse, les symptômes dramatiques pouvant faire défaut.

Dans la forme bruyante, seule la précocité de l'intervention chirurgicale constitue la seule chance de salut qui soit offerte au malade. A la seule condition que le typhique ne soit pas à l'agonie, il faut intervenir. Les cas de Debagé de Cardi montrent que, même lorsque l'opération a été faite *in extremis*, elle peut être couronnée de succès.

Dans la forme à symptomatologie atténuée, l'expectative armée est de rigueur dans les appendicites légères. N'oublions, cependant, pas qu'il existe des appendicites graves sans gros symptômes, presque muettes : les appendicites granréneuses à symptômes péritonéaux atténués.

En ce qui concerne la technique, on donnera la préférence à l'anesthésie locale dans les appendicites en pleine évolution de la typhoïde. La laparotomie médiane ou latérale droite, l'exploration méthodique de l'intestin, à partir de la région iléo-cæcale, sont soutenues avec la même vigueur par les divers auteurs.

L'appendicectomie est suivie du nettoyage de la cavité péritonéale en cas de perforation, soit avec du sérum chloruré, soit à l'éther. La fermeture en trois plans, avec drainage en cas de perforation, termineront l'intervention.

En dehors des rechutes, l'appendicite tend à redevenir une maladie localisée *au cours de la convalescence*. Etant donné l'état général du malade, qui est très affaibli et anémié après une durée de plus de trois septenaires de maladie, on aurait la tendance à ne pas lui imposer une

intervention à un moment où l'aptitude à la défense a fait ses preuves et où la guérison spontanée peut être espérée.

Le traitement des *appendicites tardives de la fièvre typhoïde* est celui de toutes les appendicites aiguës; il suit les règles habituelles du traitement chirurgical systématique de l'appendicite.

Le diagnostic de la nature éberthienne se fait, de règle, après l'intervention.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

I. — Les appendicites typhoïdiques sont connues depuis la première moitié du *xix*^e siècle (Cramer, 1835).

II. — Elles frappent d'habitude des sujets jeunes, dont l'âge oscille (comme pour la fièvre typhoïde), entre 15 et 25 ans. Le sexe masculin paraît être plus nettement touché.

III. — Les agents microbiens en cause sont, en premier lieu, le bacille d'Eberth; viennent ensuite les microbes banaux, comme: le strepto, le staphylo, le coli, etc...

IV. — L'origine de ces appendicites n'est pas toujours éberthienne. On signale, en effet, des cas d'appendicite non-éberthienne, au cours de la fièvre typhoïde.

V. — L'appendicite peut survenir au cours des trois stades de l'évolution de la fièvre typhoïde:

a) Au début de la typhoïde, l'appendicite se présente soit sous forme chronique au cours d'une typhoïde ambulante méconnue, soit sous forme d'appendicite aiguë, et c'est elle-même qui constitue le début de la typhoïde. Le traitement de ces appendicites est nettement chirurgical. L'intervention est bénigne. Le pronostic est bon, étant donné le bon état général du malade, non encore imprégné par la septicémie éberthienne.

b) L'appendicite est une des complications les plus redoutables au stade de pleine évolution de la dothiémie.

térie. L'état général du malade est souvent très touché. La symptomatologie se confondant avec la perforation intestinale, le pronostic est très sombre, la précocité de l'intervention décidant, à elle seule, du sort du malade. Dans les cas d'appendicite fruste, l'expectation armée peut éviter l'intervention.

c) Au cours de la convalescence, en dehors des rechutes, l'appendicite est une maladie locale. C'est le syndrome de la fosse iliaque droite avec ses réactions générales propres. Etant donné l'état général du convalescent, il y aurait tendance à ne pas lui imposer une intervention. Le sujet a, en effet, fourni la preuve de ses aptitudes de défense et l'appendicite aurait une tendance spontanée à l'évolution favorable. Toutefois, une expectation armée et vigilante est de rigueur.

VI. — L'appendicite tardive suit les règles établies du traitement chirurgical systématique de toute appendicite. Le diagnostic, de sa nature éberthienne, se fait, de règle, après l'intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI. — *Pratique Médicale Française*, 1932, juin.
- ALEXANDROFF. — Laparotomie dans un cas de perforation appendiculaire typhoïdique. *Journal de Clin. et de Thérap. infantile*, 30, VIII, 1894.
- ARNOUDOFF (B.). — Contribution à l'étude des formes de la fièvre typhoïde simulant l'appendicite aiguë. *Thèse Montpellier*, 1935.
- ANGHEL. — Etude sur la pathogénie de l'appendicite. *Thèse Paris*, 1897.
- ANNICK. — *Bull. John Hopkins Hospital*, 1905.
- AZÉMA et SERR. — Perforations de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde. *Toulouse Méd.*, 1905.
- BAUMEL (L.). — Conceptions cliniques de la fièvre typhoïde.
- BAYET. — *Thèse de Paris*, 1901.
- BERNHEIM. — Un cas d'appendicite typhique. *Bull. Soc. Méd. Nancy*, 1895-1896.
- CANTÉGRIE et RIÉNEAU. — Perforation de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde. *Toulouse Médical*, mars 1932.
- DIEULAFOY. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. *Presse Médicale*, 28 octobre 1896.
- Fièvre typhoïde simulant l'appendicite; opération; mort. *Presse Médicale*, 1901, n° 1.

DIVARIS. — Un cas d'appendicite pseudo-typhique. *La Renaissance Médico-Chir.*, 1927, p. 14.

DOR (J.). — Les perforations intestinales typhiques. Considérations sur son pronostic et son traitement. *Actualités Médico-Chir.*, 4^e série, Marseille, 1939, et Perforations digestives de la fièvre typhoïde. Pronostic, diagnostic et traitement. Masson, 1939.

ENKLING (J.). — Die Differentialdiagnose zwischen Paratyphus und Appendizitis mit besondere Berücksichtigung der Blutbildes. *Deutsche Mediz. Wochenschr.* 12 août 1927.

Fichiers du *Monde Médical*, qui ont été pour nous une précieuse source d'information bibliographique. Tous nos remerciements.

FRENCKEL. — Appendicite aiguë et fièvre typhoïde, erreur de diagnostic. *Munch. Mediz. Woch.*, 8 août 1930.

GAUDIER. — Appendicites typhoïdiques. *Echo Médical du Nord, Lille*, 1905.

GOUROUNEC. — De la typhlite et de la paratyphlite dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde. *Thèse Paris*, 1881.

GRASSET. — *Montpellier Médical*, 1907.

GRUBER. — Appendicite compliquée de fièvre typhoïde. *Lyon Médical*, 1907, p. 528.

HOPPENHAUSEN (Mlle Olga). — Revue de la Suisse Romande, 1899, 19.105.

HUTINEL. — Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1883.

LABASTE. — De quelques complications de la convalescence de la fièvre typhoïde. *Thèse Lyon*, 1883.

- LEFÈVRE. — Typhoïde simulant l'appendicite. *Soc. de Chir. de Toulouse*, 28 avril 1918.
- LEFÈVRE, NADINE. — La fièvre typhoïde dans la première enfance. *Toulouse*, 1939.
- LEJARS. — L'appendicite et la fièvre typhoïde. *Semaine Médicale*, 31 oct. 1906.
- LEMAIRE. — Trois cas de colite ulcéreuse de nature typhique, dont une observation de perforation appendiculaire. *Algérie Médicale*, août 1934, p. 583.
- LEUDET. — Recherches anatomo-pathol. et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal. *Arch. Gén. Méd.*, 1859, p. 129 et 315.
- MALESPINE. — Observations pour servir à l'histoire des lésions de l'appendice vermiculaire et du cæcum. *Arch. Gén. de Médecine*, 1841, p. 33.
- MASSABUAU et GUIBAL. — *Montpellier Médical*, 1937, mars.
- MAYER. — Appendicite paratyphique. *Mitt. u. d. Grenzgebiet der Med. u. Chir.*, 1934, p. 350.
- MELOCCHI. — Appendicite typhique simulant une appendicite aiguë. *Policlin. Sez. Prat.*, 23 oct. 1933.
- MENECARELLI. — L'appendicite dans les infections typhiques et paratyphiques. *Arch. per le Scienze Mediche*, janvier 1929.
- MERKLEN et JALAGUIER. — Perforation du cæcum survenue le 45^e jour d'une fièvre typhoïde. *Union Médicale*, 1877, p. 455.
- MOIROUD (P.) et AVIERINOS. — Perforations de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 26 décembre 1931.
- MONDOR (H.). — *Diagnostics urgents: Abdomen*. Masson.

- MOURGUE-MOLINES. — A propos d'appendicites graves à symptômes frustes. *Soc. Méd. Montpellier*, 30 janvier 1924.
- MOTY. — Appendicite et fièvre typhoïde. *Echo Médical du Nord, Lille*, 1906, p. 337.
- MUHSAM. — Zur Differential diagnose der Appendizitis und Typhus. *Deutsche Mediz. Woch.*, 1901, p. 534.
- NOWICKI. — Appendicite et typhoïde. *Lwowski Tygodnik Lekarski*, 1909.
- PIQUET-POREZ. — Appendicite et èvre typhoïde. *Echo Méd. du Nord*, 1^{er} février 1929, p. 98.
- RAMOND (L.). — *Conférences de chirurgie médicale pratique*, 13^e série, 1938.
- RATNER. — L'appendicite comme complication de la fièvre typhoïde. *Russki Vrach.*, 1905, 772.
- RENDU. — Fièvre typhoïde simulant l'appendicite. *Semaine Médicale*, 6 février 1901 p. 41.
- RIBADEAU-DUMAS et PÉRINEAU. — Entéro-colite eberthienne, gangrène du cæcum et de l'appendice. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1909, p. 437.
- ROUXEL (A.). — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'appendicite. *Thèse Paris*, 1938.
- ROSTOWTZEFF. — Ueber die epidemische Natur der Perityphlitis und deren Beziehungen zu Influenza und anderen Infektionskrankheiten. *Mitteilungen d. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1906.
- SANTY. — Complications cæcales et péricæcales de la fièvre typhoïde. *Lyon Chir.*, janvier 1929.
- SAVOURET (J.). — Appendicite aiguë et perforations appendiculaires. *Thèse Paris*, 1939.

SOLCARD et BADELON. — Fièvre typhoïde à début appendiculaire chez un noir. *Mém. Acad. Chir.*, avril 1939, 532-534.

STOKES et ANNIR. — Appendicite typhoïdique. *Bull. Johns Hopkins Hospital*, 1905, août.

VIDAL. — Appendicite et typhoïde. *Thèse Lyon*, 1932.

WALTER. — Un cas d'appendicite paratyphique. *Bull. de l'Académie de Méd.*, Paris, 1913.

WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD et WEISSENBACH. — *Bull. Acad. Médecine*, Paris, 22 oct. 1912.

WOLFSOHN. — *Pratique Médicale Française*, juin 1932.

WIERCHOWSKI (D.). — Introduction à l'étude de la perforation appendiculaire au cours de la fièvre typhoïde. *Thèse Toulouse*, 1938.

En ma qualité de censeur de tour, j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude de l'Appendicite au cours de la Fièvre typhoïde
par Sura Kaminer.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 8 Juillet 1942.

Le Professeur :

BOUDET.

VU :

Montpellier, le 8 Juillet 1942.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 8 Juillet 1942.

Le Recteur,

Pour le Recteur,

Le Doyen délégué,

A. ASTRUC.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque!

